…….
(miejscowość, data)

….....
(pieczątka firmy)

INFORMACJA DOTYCZĄCA KWALIFIKACJI KANDYDATA I CHARAKTERYSTYKI STANOWISKA PRACY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

I. Nazwa zawodu: ….....

1. Kod zawodu według Klasyfikacji Zawodów i Specjalności: …….

2. Nazwa stanowiska: .....

II. Doświadczenie zawodowe/staż pracy

….....

….....…

….....

III. Znajomość języków obcych oraz poziom ich znajomości (nazwa języka i poziom: biegły/słaby):

1. ……..

2. ……..

3. ……..

IV. System i rozkład czasu pracy:

1. praca w systemie:
a) jednozmianowa *
b) dwuzmianowa *
c) trzy zmiany *
d) ruch ciągły *

2. praca w godzinach:

od ……...…….. do……..…..

3. praca w dniach:

od ……...…….. do……..…..

V. Miejsce wykonywania pracy:

a) Miasto Wałbrzych;*

b) Powiat Wałbrzyski*

Adres miejsca wykonywania pracy:

……

……

……

……...

VI. Informacje dotyczące dojazdu do pracy (w przypadku wykonywania pracy poza granicami **Miasta Wałbrzycha):**

Firma zapewni/ nie zapewni * pracownikowi dojazd do pracy.

VII. Wysokość wynagrodzenia:

….....…….....…
(kwota brutto)

VIII. System wynagradzania:

a) miesięczny *
b) godzinowy*
c) akord *
d) prowizja *

* niepotrzebne skreślić

….....
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)